

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE NUTRICIÓN

**Creencias y prácticas maternas sobre alimentación del
menor de 2 años con infección respiratoria aguda y/o
enfermedad diarreica aguda en un centro médico
parroquial, Villa el Salvador**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

AUTOR

Delcy Alcira Pariona Ortega

ASESOR

Margot Quintana Salinas

Lima – Perú

2015

DEDICATORIA

A mi querida madre, el principal motivo por el cual me esfuerzo cada día más. Por servirme de modelo de humildad y amor al prójimo, gracias por estar siempre a mi lado. A mi padre, por todos los consejos y por confiar en mis decisiones.

A los amigos que tuve la suerte de conocer en el colegio y en la universidad, en especial, al grupo de amigas que me acompañaron estos 5 años, gracias por los años de felicidad compartida, por las amanecidas y por ser estupendos seres humanos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la posibilidad de llegar a donde estoy y vivir tantos momentos agradables.

*A mi asesora de tesis, **Dra. Margot Quintana Salinas**, por guiarme y alentarme en todo este camino, por sus consejos atinados y por la dedicación de su tiempo.*

*A la coordinadora del Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, **Lic. Carol Soto Rodríguez**, por recibirme con amabilidad en la hermosa familia de profesionales que vela por el bienestar de los más desfavorecidos.*

*A mi querida amiga, **Lic. Nut. Soledad Gamarra Chavarry**, una profesional excepcional, en quien encontré una amistad sincera, gracias por todos los consejos.*

Al personal del Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, quienes me apoyaron generosa y desinteresadamente para realizar las entrevistas.

*A mi querida amiga, **Janet Cabezas Quinto**, por acompañarme en las entrevistas y permitirme llegar a este Centro Médico.*

INDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivos Específicos	7
III. MATERIALES Y MÉTODOS	8
3.1 Tipo de estudio.....	8
3.2 Población de estudio.....	8
3.3 Tamaño de muestra y método de muestreo	8
3.4 Operacionalización de variables.....	9
3.5 Técnicas e instrumentos	9
3.6 Recolección de datos.....	10
3.7 Análisis de datos	11
3.8 Ética de estudio	12
IV. RESULTADOS¹³	
4.1 Características de la muestra.....	13
4.2 Creencias y prácticas sobre Enfermedad Diarreica Aguda.....	13
4.3 Creencias y prácticas sobre Infección Respiratoria Aguda	22
4.4 Creencias y prácticas sobre Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda	29
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES.....	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
IX. ANEXOS.....	43
9.1 Anexo 1: Guía de entrevista a profundidad semiestructurada	43
9.2 Anexo 2: Guía de entrevista grupal semiestructurada	47
9.3 Anexo 3: Consentimiento informado.....	49
9.4 Anexo 4: Archivo fotográfico.....	51

RESUMEN

Introducción: Las dos primeras causas de muerte en niños son las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAs); durante su transcurso, la alimentación juega un rol importante para evitar el ciclo de la desnutrición – enfermedad; sus prevalencias no han disminuido significativamente en el país en los últimos 10 años, las prácticas inadecuadas de alimentación, guiadas por creencias, durante la enfermedad pueden ser una de las causantes de las cifras registradas. **Objetivo general:** Explorar las creencias y prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres. Villa El Salvador, 2015. **Diseño:** Enfoque cualitativo, método fenomenológico. **Lugar:** Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, AAHH Oasis, Villa El Salvador. **Participantes:** 42 madres, entre ellas 3 adolescentes (≤ 19 años), 29 adultas (20-34 años) y 10 añosas (> 34 años). **Intervenciones:** Se realizaron 30 entrevistas a profundidad y 3 entrevistas grupales de 3 a 6 madres. **Resultados:** Las participantes creían que los causantes de EDA eran los frejoles por caer “pesado”, la palta, el cerdo y la leche de vaca por su contenido de grasas; durante la EDA, las preparaciones curativas eran la panetela por “limpiar el estómago”, la mazamorra y refresco de membrillo por “secar la diarrea”; creían perjudiciales la leche de vaca por dificultar la recuperación, el plátano, la naranja, la papaya por ser “fríos” y el huevo frito por su contenido en grasa. Se brindaron comidas de baja densidad energética que contenían algunos alimentos de origen animal, verduras, tubérculos y cereales debido al bajo apetito. La frecuencia de comidas y el apetito disminuyeron, la lactancia materna aumentó en respuesta al menor consumo de alimentos. Los causantes de IRA eran los “marcianos” (hielo con sabor a fruta) y helados, durante la IRA, las preparaciones curativas eran jarabes de kion, ajo y/o cebolla por expectorar la flema, la infusión de eucalipto por “brindar calor a la garganta”; los alimentos perjudiciales eran la mandarina y la naranja por ser “frescos o fríos”, la leche de vaca por producir más flema. Las madres dieron las mismas comidas por recomendación del doctor. La frecuencia de comidas no varió, el apetito disminuyó y la lactancia aumentó. Cuando la IRA y EDA ocurrían en simultáneo, los curativos eran refresco de granada, jarabe del ajo, kion y cebolla, la infusión de haba con cáscara; los perjudiciales eran las frutas cítricas. La consistencia de las preparaciones fue más diluida, el apetito se perdió casi en su totalidad, aunque se insistía pasado un tiempo; el único alimento que se recibía era la leche materna. **Conclusiones:** Durante la EDA, las madres creían que los alimentos “fríos” y “pesados” eran perjudiciales; creían que la panetela y las infusiones de hierbas eran curativas. Durante la IRA, creían que los alimentos “cítricos” y “fríos” eran perjudiciales; creían que un jarabe en base a kion, ajo y/o cebolla y las infusiones de hierbas eran curativas. Las prácticas alimentarias durante la IRA serían más favorables que durante la EDA porque la IRA no guarda relación con la digestión y por la buena recomendación del personal de salud, a pesar de la disminución del apetito en ambas. La lactancia materna aumentó en ambas. La alimentación durante la IRA y EDA fue más limitada, al haber un cese casi total del apetito, la lactancia materna aumentó.

Palabras clave: creencias, prácticas, alimentación, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda.

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) son las dos primeras causas de muerte en niños y niñas de países en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAs causan la muerte de 4,3 millones de niños y niñas menores de 5 años, mientras que las EDAs matan a 760 000 cada año^(1,2). El cuarto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) está encaminado a reducir la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años en dos tercios respecto a las cifras de 1990 para el presente año. Se ha logrado reducir considerablemente las cifras; desde 1990, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 90 a 46 por 1 000 nacidos vivos en 2013, no obstante, este descenso no es suficiente para alcanzar la meta propuesta^(3,4).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) del año 2014, el 16,8% de niños y niñas menores de 5 años presentó IRAs durante las dos semanas anteriores a la encuesta y el 12,1% tuvo al menos un episodio de EDAs⁽⁵⁾.

En los últimos 10 años, estas cifras no muestran importante disminución, respecto a las IRAs en menores de 5 años se logró reducir de 18,0% a 16,8%, así también las cifras de EDAs muestran una ligera disminución de 14,7% a 12,1%; sin embargo, cuando este 12,1% se separa por grupos de edad, los niños y niñas entre 12 y 23 meses muestran un mayor porcentaje que los niños y niñas entre 48 a 59 meses (19,1% versus 5,4%)^(5,6).

Las IRAs son todas las infecciones del aparato respiratorio, desde la nariz hasta los alveolos, causadas por virus, bacterias u hongos. Se caracterizan por presentar tos y dificultad para respirar o respiración rápida con una duración menor a quince días. Se les atribuyen varios factores causales, una de estos es el nutricional, debido a que los niños y niñas malnutridos presentan un sistema inmunológico deprimido; a su vez, los problemas de malnutrición se relacionan al destete temprano o no tener lactancia materna de forma exclusiva⁽³⁾. Otros factores relacionados son el bajo peso al nacer, infecciones previas, un esquema incompleto de vacunación y/o deficiencia de vitamina A, hacinamiento y contaminación del medio ambiente⁽⁷⁻⁹⁾.

Las EDAs son enfermedades del tracto digestivo que pueden ser acuosas o disintéricas (heces con presencia de sangre) y son causadas por

bacterias, parásitos o virus. Se definen como la deposición de 3 o más veces al día de heces líquidas con una duración menor a quince días. Entre los factores causales se encuentran el consumo de alimentos o agua contaminada, la falta de saneamiento o una higiene inadecuada, además, los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo a contraer esta enfermedad ^(9,10).

Cuando un niño se encuentra enfermo, el organismo demanda mayores gastos metabólicos para combatir la enfermedad o infección, debido a la necesidad de fortalecer el sistema inmune y a la respuesta catabólica del organismo, por lo que, los nutrientes que consume a través de los alimentos serán utilizados primordialmente para su recuperación. Sin embargo, si en esta etapa se disminuye la cantidad de ingesta y se evita el consumo de ciertos alimentos, el niño entrará a una etapa de déficit nutricional que podría llevarlo a la desnutrición, el sistema inmunológico se deprime y el niño es más propenso a contraer nuevas infecciones o enfermedades; se crea así el ciclo de la desnutrición- enfermedad.

La ENDES 2014 recogió información sobre la administración de alimentos sólidos durante las diarreas, el nivel encontrado fue notoriamente bajo e incluso menor al encontrado en la ENDES 2004 (le dan "más" alimentos sólidos: 3,5% frente a 7,1%); por otro lado, darle "la misma cantidad" de alimentos sólidos aumentó significativamente de 27,5% a 42,6%⁽⁵⁾.

Estas prácticas inadecuadas de alimentación por parte de la madre o encargada de la alimentación del menor pueden ser una de las causantes de las prevalencias de IRAs y EDAs registradas, éstas prácticas son guiadas por factores como las creencias aprendidas dentro del contexto sociocultural.

Las creencias alimentarias se pueden definir como cualquier "expresión o proposición simple consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos y la alimentación"⁽¹¹⁾. Además, tienen un componente subjetivo, son valorizadas e interiorizadas luego de una experiencia, son transmitidas de generación en generación, es decir, perduran en el tiempo, asimismo, algunas tienen cierto grado de validez, las personas con creencias no saben si estas son ciertas o no, las tienen en cuenta aunque no necesariamente las practican.

Las prácticas alimentarias son el conjunto de actividades, influidas por varios factores como el sociocultural, geográfico y económico, que se realizan

para satisfacer las necesidades alimentarias, en el presente caso, del niño. Supone un orden, sintaxis, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos. Estas pueden ser influenciadas por las creencias^(12,13).

La fenomenología es un método cualitativo que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal en vez de la perspectiva social, se basa en la una perspectiva subjetiva, que estudia el pensar y sentir de las personas y pone énfasis en la experiencia vivida⁽¹⁴⁾.

En el 2012, Benakappa y Shivamurthy evalúan en la India las prácticas maternas de alimentación, el papel de la educación y la religión en la alimentación de un niño enfermo con la aplicación de un cuestionario abierto. Se encuentra que la educación no juega un rol en el mantenimiento de las creencias, pero sí lo tienen los ancianos y la religión. Los médicos también son responsables de las restricciones dietéticas. Durante la enfermedad se reduce la alimentación y la lactancia, se prefiere comidas "diluidas". La disminución de la ingesta calórica es estadísticamente significativa durante la enfermedad. Durante las infecciones respiratorias restringen comida picante y grasosa, así como durante la diarrea se restringen la comida picante y carne. Además, se tienen creencias muy arraigadas sobre los alimentos "calientes" y fríos" lo que reduce su consumo ⁽¹⁵⁾.

Otro estudio, publicado por Sultan y cols. en Pakistán, para entender las creencias y prácticas sobre la restricción de alimentos durante las enfermedades más comunes en infantes con la aplicación de un cuestionario autoadministrado obtiene que 65% de las personas participantes cree que durante la diarrea se deben restringir los alimentos "pesados". Un 66% cree que los alimentos considerados como "fríos" deben restringirse en un resfriado⁽¹⁶⁾.

En el 2011, el estudio de Cabezas en Ecuador para implementar una intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudaspartiendo desde las prácticas actuales de las madres, encuentra que el 87% de las madres continúa la lactancia materna cuando su hijo(a) está con diarrea; el 80% brinda menos alimentos de lo acostumbrado así como ningún participante refiere brindar mayor cantidad de la usual ⁽¹⁷⁾.

En el 2010 en el Perú, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia lleva a cabo un estudio cualitativo que busca obtener las representaciones sociales de familias de comunidades de Quispicanchi-Cusco sobre el cuidado y

la valoración de los recién nacidos. Se encuentra que si al niño le da "wispakaika" (mal viento a la barriga) le da diarrea de color verde, cuyo tratamiento es una hierba que crece en el suelo cerca de los manantiales llamado "jujunistacha", y que cura rápido. La gripe se cura con eucalipto ⁽¹⁸⁾.

Gutierrez, en su estudio cualitativo para conocer las creencias de madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el distrito de Ate-Lima, halla que dos madres atribuyeron los problemas respiratorios a una inadecuada alimentación, otras dos madres atribuyeron propiedades preventivas a la vitamina C de los alimentos, en cuanto al tratamiento algunas madres aseguraron tratar efectivamente a sus hijos con el empleo de hierbas medicinales. Durante la enfermedad, las madres restringen las comidas sólidas y las sustituyen por sopas, otro grupo afirma que restringir alimentos es inadecuado, por el contrario, se debería administrar más comidas ⁽¹⁹⁾.

Otro estudio cualitativo en el Perú, el de Guillén, para conocer las creencias y mitos alimentarios de madres en San Juan de Lurigancho, obtiene que según las participantes los alimentos contra la diarrea son: granadilla, mazamorra de membrillo, tuna, leche de cerdo, refresco de papa con cáscara, panetela entre otros; la mandarina afloja el estómago y la leche de vaca provoca náuseas por su lactosa; los problemas respiratorios se curan con: plátano de isla, mandarina, ajo, cebolla e infusiones de hierbas⁽²⁰⁾.

El AAHH Oasis, Villa El Salvador, se encuentra ubicado cerca al mar, si bien hace unos años los primeros habitantes no contaban con servicios básicos como agua y desagüe, en los últimos años la situación ha mejorado, al contar la mayoría de familias con los servicios básicos; sin embargo, debido a las condiciones de vida y a la ubicación geográfica de las viviendas, se presentan frecuentemente casos de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas. Es aquí donde se ubica el Centro Parroquial San Martín de Porres, que cuenta con diversas especialidades, la más concurrida es la de pediatría, asimismo, el principal motivo de consulta son las infecciones respiratorias agudas. Este centro realiza campañas de salud gratuitas en la zona, donde se realizan charlas nutricionales; también cuenta con un programa de seguimiento a niños con riesgo nutricional, quienes reciben ayuda hasta su recuperación.

Las incidencias de IRAs y EDAs pueden disminuir gracias a la prevención; ésta se logra a través de la educación. El nutricionista al ser un profesional de la salud en permanente contacto con la población debe tener conocimientos e información más reciente para un mejor abordaje nutricional durante la enfermedad; no obstante, cuando la información a brindar se acopla al ambiente sociocultural, se tratan problemas propios del lugar de intervención, se logra una mejor intervención nutricional. La exploración de las prácticas y creencias alimentarias permiten su conocimiento y comprensión con mayor profundidad, así se pueden encontrar prácticas positivas y creencias con cierto grado de certeza que deben ser promovidas, así como prácticas inadecuadas y creencias erróneas que deben ser reorientadas.

Por otra parte, la información obtenida puede dar lugar a nuevas investigaciones en torno a las cualidades que se atribuyen a los alimentos, como curativos o causantes de IRAs y EDAs.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar las creencias y prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✎ Identificar las creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.
- ✎ Identificar las prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.
- ✎ Identificar las creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.
- ✎ Identificar las prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.
- ✎ Identificar las creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.
- ✎ Identificar las prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda que asiste al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres, Villa El Salvador, 2015.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es de enfoque cualitativo, el método usado es el fenomenológico.

3.2 Población de Estudio

Madres de niños o niñas menores de dos años que asistían al Centro Médico Parroquial San Martín de Porres que tuvieran o hayan tenido Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda durante los 6 meses previos a la recolección de datos.

3.3 Tamaño de muestra y método de muestreo

La muestra estuvo conformada por 42 madres (Tabla 1), clasificadas según grupo etáreo: madres adolescentes (menores de 20 años), madres adultas (de 20 a 34 años) y madres añasas (mayores de 34 años) y según paridad: madres primíparas (1 hijo) y multíparas (más de 1 hijo). El muestreo fue intencional y al final estuvo determinado por la saturación de la información.

Tabla 1: Número de madres participantes según sus características y técnicas cualitativas, AAHH Oasis – Villa El Salvador.

Características de la muestra	Entrevista a profundidad (EP)	Entrevista grupal (EG)	
		Nº de EG	Nº de participantes
Madres adolescentes	3		
Madres adultas	21		
Madres añasas	6	1	3
Madres primíparas		1	6
Madres multíparas		1	3
Total	30	3	12

3.4 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	DIMENSIONES	EJES TEMÁTICOS
Creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda	Generalizaciones basadas en experiencias pasadas sobre la alimentación del menor de 2 años con IRA y/o EDA; suelen transmitidas de generación en generación y algunas pueden tener cierto grado de certeza.	<p>Creencias maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA</p> <p>Creencias maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con EDA</p> <p>Creencias maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA y EDA al mismo tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos causantes Alimentos o preparaciones curativos Alimentos o preparaciones perjudiciales
Prácticas maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda.	Comportamiento materno en relación con los alimentos y la alimentación del menor de 2 años durante y después de la IRA y/o EDA que se ven influenciados por el contexto sociocultural (creencias, tradiciones) y geográfico	<p>Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA</p> <p>Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con EDA</p> <p>Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA y EDA al mismo tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación durante la enfermedad /infección Alimentación después de la enfermedad /infección

3.5 Técnicas e instrumentos

Se utilizaron dos técnicas para la recolección de la información: la entrevista a profundidad y la entrevista grupal; para el desarrollo de éstas se elaboraron guías de entrevista semiestructuradas, las cuales fueron validadas por jueces expertos (4 licenciadas en Nutrición de la Escuela Académico Profesional de Nutrición y 2 antropólogas que trabajan en el campo de la nutrición).

Las guías se basaron en los objetivos de la investigación, las preguntas fueron elaboradas para Enfermedad Diarreica Aguda o Infección Respiratoria Aguda, cada una contaba con 3 segmentos de preguntas: Salud en general, último episodio de EDA y/o IRA y sus causas; Alimentación durante la EDA y/o IRA; Alimentación en la etapa de convalecencia y pasada la EDA y/o IRA; las preguntas buscaban profundizar cada segmento (Anexo 1 y 2). Para la IRA y EDA al mismo tiempo se elaboró una sola guía (de entrevista a profundidad) debido a que los casos son poco frecuentes.

Previo a la recolección de los datos, se realizó una prueba de campo en donde se aplicó la guía de entrevista a profundidad semiestructurada a 1 madre que cumplió con las características de la población de estudio, y se realizó una entrevista grupal; todas estas participantes y la información que se recogió no se incluyó en el estudio pero sirvieron para mejorar las guías.

Se realizaron 30 entrevistas a profundidad a madres participantes con diferentes características (grupo étnico, paridad, nivel educativo y región de procedencia); y se realizaron 3 entrevistas grupales: grupo de madres primíparas, multíparas y otro de añosas, no se logró reunir a madres adolescentes debido a su baja concurrencia a este centro médico.

Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado de las madres participantes (Anexo 3). Cada vez que se iba a la zona de estudio se llevaba una bitácora de campo, que permitía plasmar las vivencias en campo, así como datos importantes para el estudio.

3.6 Recolección de datos

Se solicitó a la coordinadora del Centro Médico un espacio en el cual se puedan realizar las entrevistas y donde no hubieran factores distractores, se utilizaron dos consultorios. Los horarios en los que se acudió al Centro Médico fueron por las tardes, horario en que funcionaban los servicios de pediatría y CRED.

Las madres fueron captadas a través de las consejerías nutricionales impartidas por la investigadora, al término de ésta se comentaba a la madre sobre el trabajo de investigación y se solicitaba el consentimiento informado, cada madre era libre de decidir su participación.

Previo a comenzar la entrevista se tomaban los datos generales de ellas y sus hijos; por último se pedía contestar sinceramente en base a su experiencia ya que sus respuestas no iban a ser calificadas como buenas o malas.

Las entrevistas a profundidad se realizaron en dos diferentes consultorios y por la tarde, debido a la mayor afluencia de madres con niños menores de 2 años en este horario. Unas cuantas entrevistas se realizaron en los patios de espera de algunos servicios, y sólo cuando se tuvo la seguridad que no habían elementos distractores como otros pacientes o niños por alrededor. Las entrevistas tuvieron una duración promedio entre 20 a 30 minutos según la profundidad de la información que se brindaba, fue así que madres que no tenían creencias y una alimentación sin variaciones durante la enfermedad tuvieron un menor tiempo de entrevista.

Para las entrevistas grupales se solicitó la presencia de una observadora bachiller en nutrición, a la cual se le entregó una bitácora análisis para registrar la actitud, el comportamiento de las participantes y el desarrollo de la entrevista. Todas las entrevistas se realizaron en un consultorio amplio para brindar comodidad a las participantes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio entre 30 a 40 minutos. Se citó en varias ocasiones a las madres sin la compañía de sus hijos pero se tenía poca asistencia, por lo que se optó por citarlas sin ninguna condición.

3.7 Análisis de datos

Después de haber realizado una entrevista se transcribía en un documento Word que incluía las entrevistas de Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda o Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda, separadas por secciones. Se tomó en cuenta los datos característicos de las madres, así como la información escrita en la bitácora de campo.

Una vez transcritas las entrevistas pasaron a ser leídas con detenimiento para tener una idea general del contexto, luego se releyó para su mayor entendimiento, análisis y generación de unidades de significado o

análisis. Para este trabajo se analizó caso por caso en el mismo documento Word, cada vez que se identificaba una información que tenía significado y respondía al problema de la investigación se incluía en una categoría, la cual se describía líneas después de la unidad de análisis y como comentario se agregaba la explicación del por qué se incluía en esta categoría; para esto se procedió a comparar una unidad con otra de manera que si eran distintas en términos de significado y concepto, cada una formaba una categoría; si eran similares, se incluían en una categoría común; una tercera unidad de análisis se contrastaba con las dos anteriores, evaluando similitud o diferencia, y así pasaba a agruparse con una unidad o inducía a una nueva categoría; a través de esta comparación constante, se procedió a categorizar todas las unidades de análisis encontradas, hubo un momento en el cual los nuevos casos comparados con las anteriores no brindaban información novedosa, por lo que se consideró como información saturada.

Posteriormente en un documento Excel, se elaboró una matriz por cada afección, las unidades de análisis se ubicaron en una columna por madre, las filas fueron conformadas por las categorías, se incluyó la información recogida con ambas técnicas en la misma matriz. Esto permitió un mejor análisis por cada categoría. Asimismo, se comenzó a comparar categorías (los segmentos o unidades de análisis) buscando similitudes y diferencias, y se generaron temas, aquellas categorías que no se relacionaban con otras fueron consideradas como temas ⁽²¹⁻²³⁾.

3.8 Ética de Estudio

Se contó con la autorización del director y coordinadora del Centro Médico Parroquial San Martín de Porres. Previo a la entrevista, a cada participante se le informó sobre el estudio, los riesgos y beneficios, la privacidad y la autonomía y se les solicitó el consentimiento informado para ser entrevistadas y grabadas.

IV. RESULTADOS

4.1 Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 42 madres, algunas características se detallan en la Tabla 1. Con respecto a la edad, la mayoría pertenecía al grupo etáreo de madres adultas (20-34 años), se encontró un menor número de madres adolescentes (≤ 19 años). Con respecto al lugar de procedencia; 23 de las madres provenían de la Costa, la mayoría de Lima; 15 provenían de la Sierra, mayormente de Cuzco y Ayacucho; y 4 de la Selva, la mitad de la selva central de Junín. Con respecto al grado de instrucción, 28 de ellas tenían educación básica regular, 3 de ellas con sólo primaria completa; el resto tenía educación superior.

Tabla 1: Características de las participantes según grupo etáreo

Grupo Etáreo	n	Características
Adolescentes (Ado) ≤ 19 años	3	El promedio de edad fue 18 años, todas las participantes eran primíparas.
Adultas (AD) 20-34 años	29	El promedio de edad fue 26 años. De las participantes 19 eran primíparas y 10 multíparas.
Madres aÑosas (AÑ) >34 años	10	El promedio de edad fue 38 años. De las participantes 2 eran primíparas y 8 multíparas.
TOTAL	42	

4.2 Creencias y prácticas sobre Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La información de creencias y prácticas sobre alimentación durante la EDA fue obtenida de 14 madres participantes de las entrevistas a profundidad y 12 madres de las entrevistas grupales.

4.2.1 Creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con EDA

I. Alimentos causantes de EDA

Menos de la mitad de las madres creían que un alimento podía causar EDA. Las menestras, como los frejoles, fueron los más mencionados pues manifestaron que a un menor le caería *"pesado"*, seguidas por los considerados *"grasosos"* dentro de los que destaca la palta, cuyo efecto según ellas puede pasar incluso a la leche materna, al igual que la carne de cerdo. Otros alimentos mencionados fueron las frutas, como mandarina y uva cuyas cáscaras *"le pueden aflojar cuando son pequeños"* (EP,AD,Pr), la granadilla y la sandía *"soleada"*, estas dos últimas fueron consideradas causantes de EDA luego de una mala experiencia con sus hijos. Igualmente se mencionó a la yema del huevo, al panetón, al chocolate de taza percibido como *"cálido"*; ya los lácteos como la leche de vaca *"por su contenido de grasas"*.

"el huevo lo que es la yema no se le puede dar a los niños porque es muy fuerte y les produce diarreas" (EP,Añ,Mu)

"En caso de mi hija, ella que coma granadilla, le afloja el estómago rápido... (sobre cómo produciría diarrea) es que creo yo, mira cuando ella era chiquita, una vez se había estreñado, lo que mi papá hizo fue darle granadilla, mi papá le dio el juguito, de ahí se aflojó, le hizo mal y de ahí cada vez que le doy granadilla o que come, se pone mal, con diarrea, desde ahí" (EG,AD,Pr)

"Me parece que le causó (diarrea) la sandía soleada, una vecina trajo la sandía, atrás de mi casa hay una tienda, ella estaba provocativa la sandía y le compramos... comimos ahí le hizo daño a ella, me hizo daño a mí... entonces a ella le afectó más porque su barriga no está tan estable como el mío." (EP,AD,Pr)

II. Alimentos o preparaciones curativos de EDA

Las entrevistadas identificaron más preparaciones que alimentos curativos. La preparación que destacó fue la panetela, considerada efectiva ya que *"ayuda a limpiar el estómago"* (EP,Añ,Pr), se considera un suero de tipo casero capaz de reemplazar al suero comercial; cabe destacar que las madres tienen distintas formas de prepararla aunque se

tienen ingredientes "básicos" para su elaboración (Figura 1), además, se encontró que las primerizas dejaron la preparación de la panetela a sus madres, aunque estuvieron presentes durante la misma. Otras preparaciones consideradas curativas fueron la infusión de paico, la mazamorra y agua de membrillo. También mencionaron alas pasas y las pecanas, llamó la atención que una madre identificara a la granadilla y a la uva que es "cálida" y ayudaría a curar la diarrea.

"Membrillo dicen que es bueno para el estómago y este lo rallé el membrillo, hacer hervir con canelita y ahí agregué la harina... de trigo y le hice mazamorrta y le ayudó de que ya no esté con el estómago" (EP,Añ,Mu)

"los consejos que me han dado las comadronas por ahí... alguna de ellas me dijo dale granadilla y le di granadilla solamente dos cucharitas a los dos días se le suspendió la diarrea" (EP,AD,Pr)

"La panetela tiene... el arroz, el concentrado, la canela que... prácticamente hace que corte un poco la diarrea" (EP,Añ,Mu)

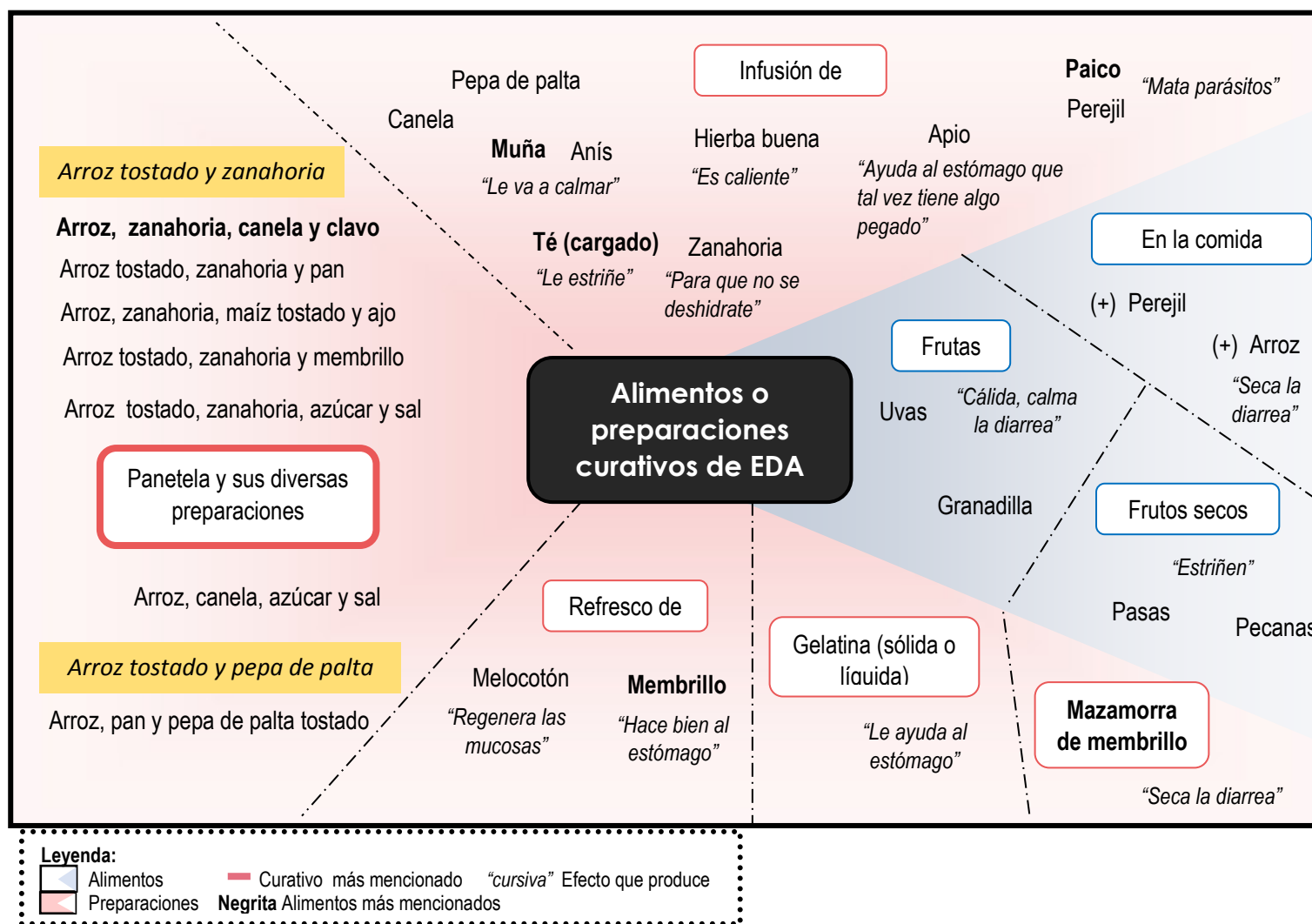


Figura 1: Creencias maternas sobre alimentos y preparaciones curativos de la Enfermedad Diarreica Aguda, AAHH Oasis, Villa El Salvador, 2015

III. Alimentos o preparaciones perjudiciales en la EDA

El principal alimento que las madres consideraron perjudicial y prohibido durante la EDA fue la leche de vaca, pues empeora o dificulta la recuperación *"por lo lácteos que tienen"* (EP,AD,Pr) o *"la grasa que tienen"* (EP,Añ,Mu), que provocaría náuseas y vómitos, por lo que, eran excluidas de la alimentación durante la EDA, incluso se excluían en las mazamoras; en el caso del desayuno, se continuaba dando preparaciones como ponche de habas, quinua, pero sin agregar leche de vaca.

Seguida por las verduras o frutas frescas ya que *"son fríos"* y por los *"alimentos grasosos"*, las cuales se consideran *"cosas pesadas"* que agravarían el estado del niño, las madres consideran *"alimentos grasosos"* a las frituras como el huevo frito y a otros alimentos (Tabla 2); otros alimentos perjudiciales mencionados fueron el huevo de gallina.





"(sobre cómo agravaría la diarrea) la granadilla también tengo entendido que es ¿no? alto contenido en fibra y debo evitar dar eso" (EP,AD,Pr)


"...huevo (de gallina) no, creo que le cae mal, peor le hace, no le ayuda el huevo" (EP,AD,Pr)

Algunos de los alimentos que eran restringidos durante la EDA, partían de consejos del personal de salud.

"Cuando está enfermo (con diarrea) no le puedo dar el quaker (avena) porque el quaker es muy frío y él está con el estómago, el doctor me prohibió quaker, o sea lo que pasa es que yo me guio mucho de lo que dice el pediatra, soy muy estricta en lo que él me dice, y obedezco" (EP,Añ,Pr)

Tabla 2: Creencias maternas sobre alimentos y preparaciones perjudiciales durante la EDA según su efecto.

Creencia	Clasificación	Alimento/preparación	Efecto que produce
Alimentos "Fríos"	Frutas	Plátano Naranja Mandarina Granadilla Papaya	"afloja más (el estómago)" "podría hacerle peor" "alto contenido de fibra"
	Cereales	Avena  Siete semillas 	
Alimentos "Pesados"	Grasas o frituras 	Huevo frito Pellejo de pollo Pescado	"le da más diarrea" "muy fuerte para la digestión, le hace peor" "cae pesado al estómago" "vomita" "cae pesado"
	Menestras 	Frejoles Lentejas	
	Lácteos	Yogur	
	Raíz	Kion	

 Consejo del personal de salud

4.2.2 Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con EDA.

I. La alimentación durante la EDA

Durante la EDA, la consistencia de las comidas que se brindaron en su mayoría fueron aguadas; las comidas principales, las cuales previo a la enfermedad eran espesas (guisos, purés) se diluyeron, estas "*sopas de enfermo*" o "*dieta*" contenían algunos alimentos de origen animal (pollo, hígado, pata de pollo), verduras (zapallo, apio, zanahoria), tubérculos (papa amarilla) y cereales (fideo cabello de ángel, sémola). La principal razón por la cual la consistencia disminuyó fue que los niños que están enfermos sólo aceptaban éstas comidas aguadas por su bajo apetito; o porque las sopas eran más digeribles por el estómago, que "*está adolorido*" (EP,Añ,Mu), entre otras razones (Figura 2). Una de las madres brindaba comidas aguadas incluso antes de que su hijo se enfermara.

Un menor grupo de madres continuó brindando comidas de consistencia espesa principalmente por recomendación del personal de salud (pediatra); sin embargo, aun cuando estas preparaciones eran

similares a cuando el niño se encontraba sano, estas comidas se caracterizaban por ser bajas en aderezo y aceite.

La mayoría de madres disminuyó la frecuencia de comidas, independientemente de la consistencia que brindaban. La principal razón para esta disminución, en su mayoría de las entrecomidas, fue la pérdida de apetito.

Todas las madres, salvo una, percibieron que el apetito de sus hijos disminuyó durante el episodio de EDA, por lo que la cantidad de comida consumida, sea aguada o espesa, también. Ante este escenario, en el cual los hijos rechazaban la comida negándola o con acciones (retirar o voltear el plato, botar la comida con la mano, llorar), algunas madres persistían en darle de comer a través de la distracción visual (hacer ver dibujos animados en la televisión), jugar con el niño, pasearlo, brindarle sus juguetes o temperas. No obstante, otras preferían no insistir debido a que esto podría provocar náuseas y vómitos.

En respuesta a la menor ingesta de alimentos, se incrementó la lactancia materna durante la EDA; aun con este aumento de su consumo, las madres percibían que era un alimento que no reemplazaba a las comidas pues *"no es suficiente (la leche materna), bajó de peso"* (EP,AD,Pr).

"...sé que los nutrientes le han bajado un montón, porque ha bajado de peso" (EP,AD,Pr)

Respecto a la hidratación durante la EDA, las madres rehidrataron más a sus hijos, al brindar agua, de preferencia tibia, y sueros caseros (panetela), debido a que sus hijos rechazaban tomar el suero fisiológico comercial o por una cuestión económica. Sin embargo, se identificó que pocos profesionales de la salud recomiendan durante la consulta su administración.

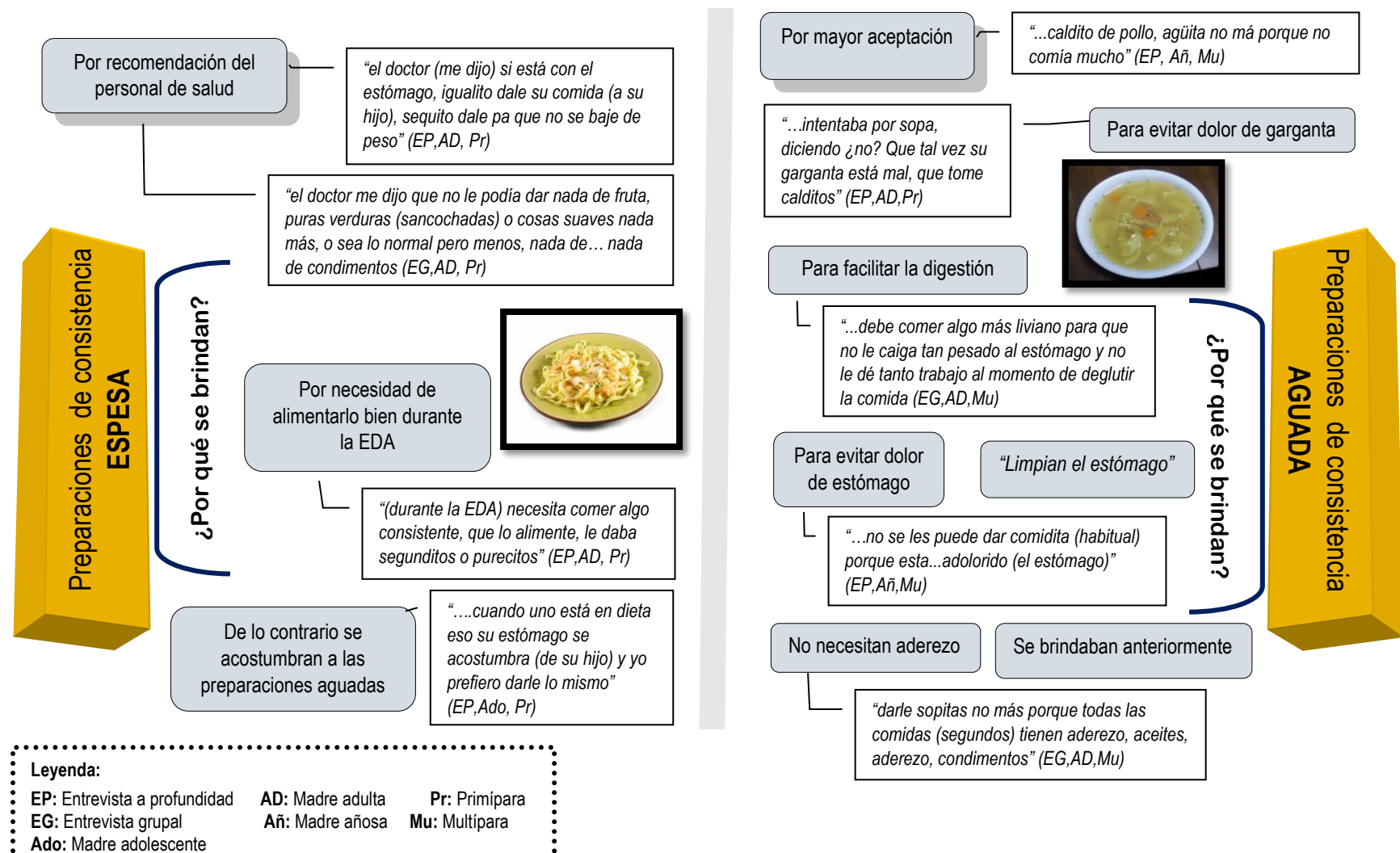


Figura 2: Razones para brindar preparaciones de consistencia aguada o espesa al menor de dos años con Enfermedad Diarreica Aguda, AAHH Oasis, Villa El Salvador, 2015

II. La alimentación pasada la EDA

Durante la recuperación, las madres que durante la enfermedad ofrecían comidas espesas, continuaron con éstas. Por otro lado, las madres que daban comidas aguadas cambiaron la consistencia progresivamente, ésta progresión fue en base a su contenido y consistencia, *"para que no esfuerce su estómago"* (EG.AD.Pr). Durante la recuperación las sopas eran "más cargada" al agregarle más alimentos (cereales, tubérculos); después daban purés de verduras o papas, luego se brindaban guisos o "cosas suaves", es decir, guisos que no contuvieran aderezo ni mucho aceite en su preparación, hasta llegar a comidas como los frejoles y los tallarines, o las comidas habituales. La progresión de una consistencia a otra se podía dar en 3 días o hasta pasado un día; las pautas que las madres seguían para pasar de una preparación a otra fueron: las heces normales, el cambio en el semblante del niño, el cese de los vómitos y sobre todo, el aumento del apetito.

Todas las madres, a excepción de una, afirmaron que el apetito durante la recuperación aumentó y se mantuvo. Pasada la EDA, algunas madres volvían a dar aquellos alimentos que consideraban prohibidos como las frutas y la leche de vaca.

4.3 Creencias y prácticas sobre Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La información de creencias y prácticas sobre alimentación durante la IRA fue obtenida de 16 madres participantes en las entrevistas a profundidad y 12 madres de las entrevistas grupales.

4.3.1 Creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con IRA

I. Alimentos causantes de IRA

La mayoría de las madres no tenían creencias sobre alimentos que causen IRA, aquellos alimentos que fueron mencionados se relacionaron más a su temperatura, fue así que bebidas "*heladas*", marcianos y helados fueron denominados causantes de IRA; incluso las madres no pueden beber o comerlos debido a que su efecto pasaría a través de la leche materna. En tal caso, la edad de introducción a la alimentación de estos alimentos sería a partir del año de vida. También se atribuyeron como causantes a los cítricos (mandarina, naranja) pues estos "*cerrarían los bronquios*", la avena, que fue el consejo de un personal de salud.

Algunas madres expresaron que las IRAs se producen por falta de vitaminas, como la C, ya que esta mejora el sistema inmune y evitan que el menor se enferme. Una madre, expresó que una de las causantes es la inadecuada alimentación.

"...creo que por lo que está bajo de defensas, como no come mucho, no come bien, entonces pienso que tiene bajas defensas por eso más rápido le agarra la gripe" (EP,AD,Mu)

II. Alimentos o preparaciones curativos de IRA

Se identificaron más preparaciones curativas que alimentos. Se nombraron jarabes, cuya composición se basaba en su mayoría de kion, ajo y/o cebolla, y algunos otros ingredientes que variaban según la madre, el efecto que producen sería la expectoración de la flema y el alivio de los bronquios. (Figura 3)

"Ajo, cebolla, kion hago un jarabe, chanco ajo con kion le doy mañana y noche... al problema que tiene le fermenta, le baja ya, le baja, le hace botar toda su flema de adentro" (EP,AD,Mu)

Destacan también las infusiones de hierba, la más nombrada fue la infusión de eucalipto. Manifestaron que la miel de abeja brinda dulzura a las preparaciones brindadas durante la IRA, en lugar del azúcar. Entre los alimentos curativos se identificó al ajo y kion, durante la IRA se aumenta la cantidad que se agregan de estos alimentos a la comida pues son *"calientes"* y *"hacen sudar y botar la flema"*.

"El eucalipto dice que es el calor, cuando toma por su gargantita pasa y eso le brinda calor cuando esta con la tos, le brinda calor" (EP,AD,Mu)

Una madre tomó agua de caracol con leche de vaca debido a que su efecto curativo pasaría a través de la leche materna. Ésta se debía tomar dos veces al día, una vez por semana.

"Hace dos semanas tomé agua de caracol así con asco, dicen que es con leche (de vaca)... a mi hermana le habían dicho una ingeniera dice, pero no sé...su carne (del caracol) cuando saqué "agg" dije.... (sobre cómo lograba curar el resfriado). No sé, hasta ahorita no sé"(EP,Añ,Mu)

III. Alimentos o preparaciones perjudiciales en la IRA

Los cítricos y los alimentos "fríos" o "frescos" se consideraron perjudiciales, destacan la mandarina, naranja y el maracuyá en ese orden. (Tabla 3). La leche de vaca fue uno de los alimentos que destacó, según las madres este "produce más flema", en algunas se identificó que fue por recomendación del personal de salud.

"Cuando esta con tos, ah, la señorita (personal de salud) dice que no le puedo dar quinua, no le puedo dar quaker (avena) cuando esta con su garganta...es frío dice... la doctora me recomendó eso y ahorita como esta con su garganta no le puedo dar quinua, no tengo que darle hasta que se sane ella pueda comer normal" (EP,AD,Mu)

Tabla 3: Creencias maternas sobre alimentos y preparaciones perjudiciales durante la IRA según su efecto.

Creencia	Clasificación	Alimento/preparación	Efecto que produce
Alimentos "Cítricos" *	Frutas	Mandarina * Naranja * Ciruela Granadilla Manzana Plátano	"más le hace (daño) a su garganta" "inflama más la garganta" "ese ácido hace que se le inflame más las amígdalas" "le va a hacer toser más"
	Refrescos	Limonada *	"le va doler peor la garganta"
Alimentos "Fríos o frescos"	Frutas *	Naranja Papaya Sandía	" más se incrementa la flema" "hasta le da fiebre ya" "lo agripa un poquito más" "son frescas, le pueden hacer daño"
	Cereales	Avena * Quinua *	
	Refrescos	Maracuyá Chicha morada	
	Lácteos	Yogur	
"Dulces"	Fruta	Mango	"peor le hace tosear (sic)"

* Consejo del personal de salud

4.3.2 Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA.

I. La alimentación durante la IRA

La consistencia de las comidas durante la IRA, fue la misma antes de ésta, ya sea por recomendación del doctor o porque se percibió que no era una infección grave (presencia de fiebre, tos con flema). Sin embargo, algunas madres cambiaron las preparaciones, y brindaron lo que consideraron "*comidas suaves*" como los purés (espesos). La razón fue que estas preparaciones no causarían dolor al momento de deglutirlas.

Un grupo minoritario varió la consistencia de las preparaciones, diluyéndolas, debido a que las comidas de consistencia espesa son percibidas como "secas" que "*raspan más la garganta*" (EP,AD,Mu);el principal objetivo de las comidas aguadas era disminuir el dolor de garganta (Figura 4). Además, según las madres, estas preparaciones eran las únicas que sus hijos recibían durante la IRA. Una madre, incluso antes de la infección ya brindaba sopas en las comidas principales.

"Ahorita le estoy dando sopitas, sopa con verduritas y no quiere comer segundo, la garganta esta que le fastidia, no, no me recibe, lo vomita, no quiere segundo" (EP,AD,Mu)

Las preparaciones, incluidas las bebidas debían ser "*tibias o calientes*", fue así que para brindar el plátano, primero se debía sancochar para ser consumido. Si bien, algunas frutas (manzana, melocotón) fueron restringidas durante la IRA, se incluían dentro de la alimentación del menor en la preparación de las mazamorras.

"...los doctores dicen, no le des frutas, entonces lo que yo trataba de hacer eran mazamorritas así de melocotón, así le daba (la fruta)" (EP,AD,Mu)

La mayoría de las madres no varió la frecuencia de comidas al día, aunque, la cantidad consumida era menor. Unas cuantas aumentaron la frecuencia en respuesta a la cantidad de comida que el hijo dejaba de comer, es decir, se insistía en terminar esa comida pasado un tiempo. Por otro lado, un menor grupo refirió que el número de comidas

brindadas al día disminuyó a 3 al día, manteniéndose el desayuno y almuerzo.

El apetito disminuyó durante la IRA porque, según las madres, "es natural" cuando uno está enfermo, por el probable dolor de garganta o porque se pierden los sabores. Frente a manifestaciones de rechazo de las comidas como mover la cabeza, voltear la cara, mover la cuchara, voltear el plato, tirarse para atrás o llorar, las madres intentaron fomentar el apetito de sus hijos a través de distintas acciones como hablarle, hacerle reír, jugar, darle un juguete, caminar con el menor, a través de la distracción visual (mostrarle dibujos de animales, enseñarle colores).

"Le insistía, así como sea, haciéndole reír, mientras se reía le metía a la boca la cuchara y ya así le hacía comer, porque sino, no, no quiere probar"
(EP,AD,Pr)

La lactancia materna durante la IRA aumentó debido al bajo apetito del menor, al no comer o terminar el plato de comida, buscaron lactar más.

"... cuando está enfermo, lacta, lacta más, casi todo el día quiere estar prendido del pecho no más, cuando está enfermo hace eso, pero cuando está sano no pues, come las comiditas entonces ya se llena, ya no me pide mucho pecho" (EP,AD,Mu)

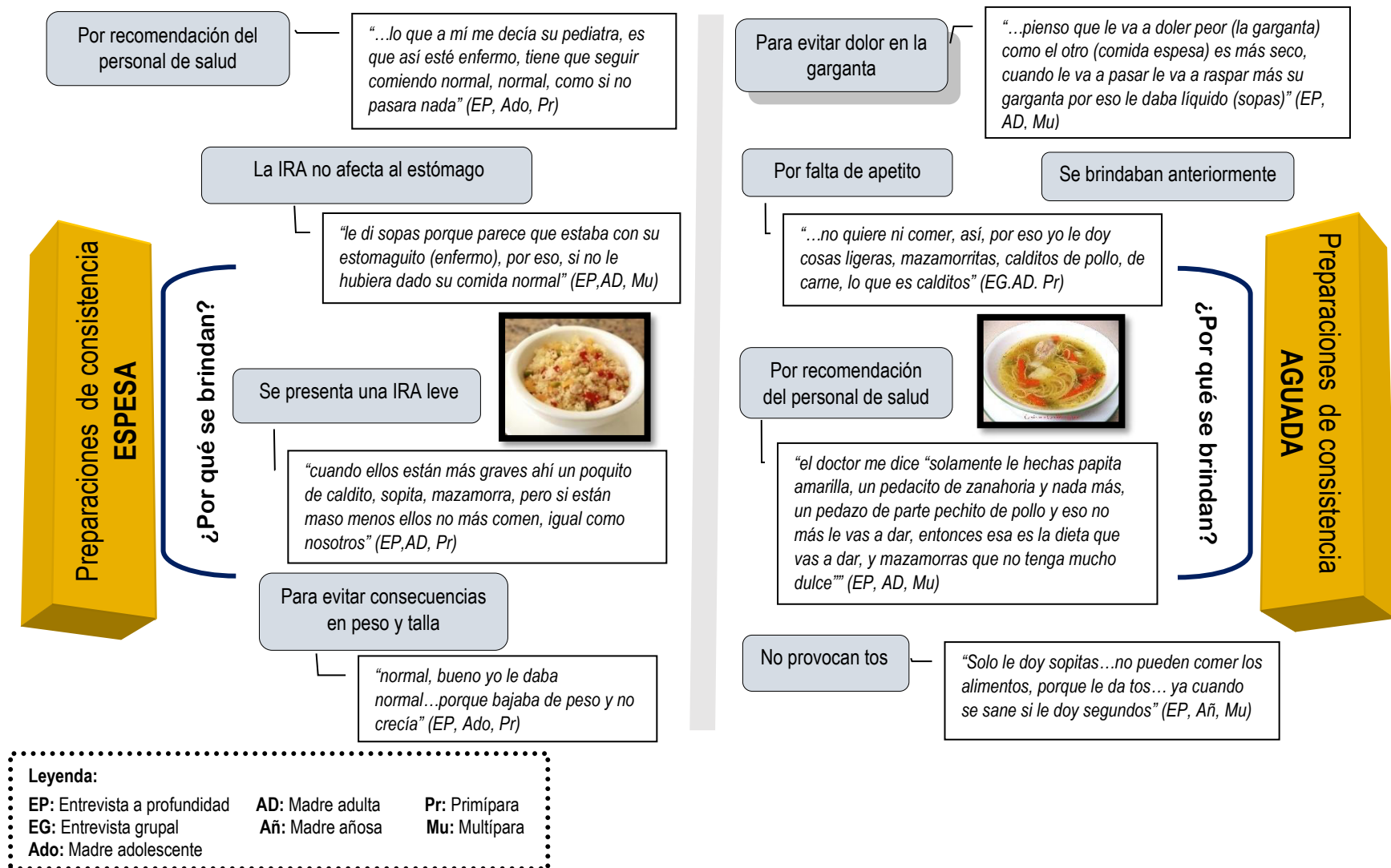


Figura 4: Razones para brindar preparaciones de consistencia aguada o espesa al menor de dos años con Infección Respiratoria Aguda. AAHH Oasis. Villa El Salvador, 2015

IV. La alimentación pasada la IRA

Las madres que brindaban durante la IRA preparaciones de consistencia espesa, continuaron ofreciéndolas durante la recuperación. Por otro lado, aquellas que brindaban preparaciones de consistencia aguada volvieron a las comidas habituales y algunas progresaban la consistencia brindando primero comidas suaves como los purés, según la voluntad y apetito del niño. El apetito aumentó, por lo que, la cantidad consumida de las comidas también.

4.4 Creencias y prácticas sobre Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La información de creencias y prácticas sobre alimentación durante la IRA y EDA al mismo tiempo fue obtenida de 2 madres.

4.4.1 Creencias maternas sobre la alimentación del niño menor de 2 años con IRA y EDA simultáneamente

Cuando el menor empieza a gatear es capaz de alcanzar objetos como *"hojas, basuras"* que lo pueden enfermar.

En cuanto a los alimentos considerados curativos durante el periodo en el que el niño está enfermo, las madres juntaron las creencias sobre EDA con las de IRA, fue así que se dio refresco de granada *"bueno pa la infección (diarrea)"*, té con limón y miel (curativos de EDA considerados efectivos) y el jarabe del ajo, kion y cebolla fritos que *"cura la tos"*; la infusión de cáscara de haba, limón y miel que *"pasa la tos"*; la de anís y eucalipto que *"alivian la garganta"*.

"cuando estaba con la infección, con la diarrea, hacía a cada ratito, granada, hay una fruta, granada, mi papá me dijo dale eso como refresco, eso le di como refresco, como refresco le daba, le daba, y se le sanó la diarrea"(EP,AD,Mu)

"...cuando estaba, grave estaba con la tos, le daba la cascara del haba, eso le hacía reposar con miel y con limón, eso...mi papá: "dale eso porque mi vecino me dijo que yo tenía tos que no me sanaba nada, me dijo que preparara eso, eso hazle" y le di eso, mi otrita (hija) estaba con la tos, con la garganta, con la

tos, tosiendo, estaba lagrimeando, ella, "a los dos dale", y le di y en un día nomás pasó" (EP,AD,Mu)

En cuanto a los alimentos considerados prohibidos o perjudiciales durante la IRA y EDA en simultáneo, se nombraron a los "cítricos" como la naranja, mandarina, consejo de la abuela materna ya que empeoraría la infección; asimismo, los fideos eran restringidos debido a que la madre percibía que causaba dolor al momento de deglutir.

4.4.2 Prácticas maternas sobre alimentación del niño menor de 2 años con IRA y EDA simultáneamente

Durante la IRA y EDA en simultáneo, la consistencia de las preparaciones fue más diluida, se daban "cosas suaves" como las sopas (de pollo, sémola) y mazamoras. El apetito se perdió casi en su totalidad, aunque se insistía pasado un tiempo, la cantidad que se consumía era poca; por el contrario, el único alimento que se recibía era la leche materna; aunque, esta también, al igual que las comidas, provocaba náuseas. Pasada la IRA y EDA, el apetito del menor se recuperó de manera sorpresiva, incluso, se dejó de lado la lactancia materna para brindar comidas, aunque estas preparaciones fueron sopas espesas.

"el doctor me dio farmacéutico, y al día siguiente, en la mañana mi hijo lloraba, me mordía, quería teta, no quería teta, qué tenía, querrá comer, entonces le preparé su... sopa de sémola...sopita bien espesita le hice con su pierna de pollo, comió el bebé, comió bastaaante comió. Y más tarde llora y llora, le doy teta, no quiere teta, "ay querrá comida", le doy su comidita igual, ese día bastaaante comió, cuando se estaba recuperando" (EP,AD,Mu)

V. DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que fueron pocas las madres que relacionaron a los alimentos como causantes de diarreas en los niños, dirigían la respuesta hacia lo que consideraban los verdaderos causantes, estos fueron la falta de higiene de la madre y/o de niño (no se encontró que asociaran alimento contaminado con diarrea) y la transmisión de esta enfermedad a través del ambiente. Las menestras fueron el grupo de alimento con más frecuencia mencionado al igual que en el estudio de Blas ⁽²⁴⁾; no se halló prueba científica que avale esta afirmación. Se conoce que algunos de estos alimentos pueden causar alergias, tales como las lentejas, garbanzos y frejoles, y manifestarse con diarreas o estornudos y secreciones nasales; sin embargo, la incidencia de estos casos es mayor en países anglosajones y en Europa ^(25,26).

Por otro lado, se evita el consumo de carne de cerdo y de palta por tener mayor contenido de grasas que causarían diarreas, por el contrario, estos alimentos aportan energía y grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas (palta) que favorecen el desarrollo del cerebro; asimismo, las madres evitarían consumir estos alimentos debido a que su efecto pasaría a través de la leche materna; no hay estudios que sustenten esta afirmación, por el contrario, se afirma que las diferentes dietas seguidas por una madre no causarían variación importante en la composición y distribución de sus nutrientes principales⁽²⁷⁾. Por otro lado, las frutas no son causantes de EDA, sin embargo, podrán serlo si son consumidas sin previamente haberlas lavado o desinfectado.

La panetela fue la preparación especial que más se brindó durante la diarrea, el arroz tostado es el alimento clave en esta preparación; otros estudios también identificaron su consumo durante la enfermedad ^(20,28); incluso es promovida dentro de las pautas a seguir en un niño enfermo por instituciones de salud ^(29,30). Si bien su composición no asegura el equilibrio de nutrientes que deben tener los rehidratadores orales, su consumo incrementa la ingesta de líquidos y electrolitos por lo tanto, asegura la rehidratación del menor. El bajo uso de las sales de rehidratación oral en este asentamiento puede ser explicado por la poca difusión de su uso, por la falta de recomendación durante la consulta médica o porque no se acude a esta, por ausencia de signos de deshidratación, y/o por el precio; en otro estudio, realizado en madres que acuden al Instituto Nacional de Salud del Niño⁽³¹⁾, se encontró que un mayor porcentaje de ellas optaron por ofrecer infusiones/agua

y panetela que el suero de hidratación oral; esto ratifica que el uso de este tratamiento es todavía bajo en nuestro país (28,2% de uso de SRO según ENDES 2014), por lo que se debe promover la difusión de su importancia, tanto en intervenciones educativas en la población, como en la consulta médica.

Durante la diarrea del niño, las madres también recurrían a la terapia tradicional, con el uso de plantas medicinales, cabe aclarar que las infusiones que se brindaban eran elaboradas a partir de las hojas/tallos de las plantas mas no de los filtrantes (a excepción de té). El paico ha sido documentado en la terapia de la diarrea, aunque sin evidencia científica ^(32,33), mientras que sí la hay como tratamiento contra parásitos intestinales al estimular las funciones digestivas⁽³⁴⁾. Otra hierba que se brindó como infusión fue la muña, cuyo aceite esencial, la pulegona, tiene un efecto inhibitorio sobre las bacterias enteropatógenas como la *Shigella dysenteriae*, *Salmonella typhi* y *Pseudomona aeruginosa*^(32,35,36). El té y el membrillo, al igual que otros estudios^(20,31), fueron considerados curativos; el té, en especial el verde, cuenta con taninos que son astringentes y podrían mitigar la diarrea⁽³⁷⁾; igualmente, al membrillo se le atribuye la propiedad de astringente debido a su contenido de fibra soluble, ésta reduce el tránsito intestinal al retener el agua, además existe evidencia que contiene compuestos derivados de la quercetina y rutina, flavonoides que tendrían acción antiespasmódica⁽³⁸⁾. Por lo tanto, se podría decir que estos alimentos serían beneficiosos durante episodios de diarrea; sin embargo, la gelatina, es una preparación con alto contenido osmolar, que empeoraría los síntomas, por lo que es una creencia que debe ser erradicada. La pepa de palta fue un alimento considerado curativo de EDA, sin embargo, no hay evidencia científica que la respalde, por lo que podría ser un tema de investigación.

La cáscara de las frutas aporta fibra insoluble que agravaría la enfermedad, es por eso que se recomienda brindar frutas con contenido de fibra soluble, pues reducen el tránsito intestinal al retener el agua, como el plátano y la manzana pelada; en este estudio se encontró que las madres no sólo restringen el consumo de estos alimentos, sino también el de la avena, otro alimento con contenido de fibra soluble; por lo que estas creencias y prácticas erróneas deberían ser modificadas a favor de la salud de menor, ya que el plátano, por ejemplo, aporta potasio a la dieta, y es durante la enfermedad que se producen pérdidas de este micronutriente. Por otra parte, la lactosa de la

leche de vaca, empeoraría la diarrea, por lo que debe ser evitado; al igual que los alimentos considerados grasosos, ya que estimulan el peristaltismo⁽³⁹⁾.

El mantenimiento de la ingesta dietaria en un niño con diarrea es vital para reducir las pérdidas de nutrientes que ocurren debido a una disminución en la absorción de nutrientes en el intestino, además de un incremento en el gasto metabólico; y así prevenir o minimizar el daño nutricional. La mayoría de las madres brindó preparaciones diluidas, la razón principal, fue la misma por la cual a nivel mundial se disminuye el consumo de alimentos durante la diarrea, la pérdida de apetito. Debido a sus características, estas preparaciones son limitadas en su aporte de nutrientes, así pues este tema debería ser tratado durante las sesiones educativas y consejería. Según las guías de manejo nutricional de la diarrea en niños ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ se debe brindar las mismas comidas que se daban previamente, con la diferencia que si el apetito y cantidad consumida disminuye, brindar comidas con más frecuencia (hasta 6 veces al día) y en menores cantidades.

Tanto en los niños que consumían sólidos y preparaciones líquidas se encontró una disminución en la frecuencia de comidas al suprimir las entrecomidas que eran en su mayoría frutas y mazamoras; sin embargo, al comparar estos dos grupos, los niños que continuaron consumiendo alimentos sólidos y preparaciones de consistencia espesa probablemente consumieron mayor cantidad de energía y nutrientes aproximándose a sus requerimientos nutricionales, a comparación de los que consumían líquidos; por lo tanto, mayor probabilidad de mantenimiento de peso y recuperación pronta.

La alimentación perceptiva es una pieza clave durante la alimentación relacionada con la ingesta y apetito en la infancia⁽⁴³⁾. Se ha encontrado que durante la enfermedad, hay una mayor interacción madre-hijo debido a la disminución del apetito⁽⁴⁴⁾, sin embargo, no existen estudios recientes sobre este tema, se debe tomar en cuenta el tiempo y las actividades diarias de la madre, pues estas muchas veces compiten con las del cuidado del niño, más aún en zonas de pobreza ^(42,45).

Por otro lado, durante la EDA, los niños redujeron su consumo de comidas pero la lactancia materna se mantuvo o aumentó (la mayoría de madres continuaba brindando lactancia materna antes de la enfermedad), sin que necesariamente la madre tenga noción, esta acción puede evitar aminorar las pérdidas calóricas y proteicas durante la enfermedad⁽⁴⁶⁾, además la leche

materna sigue brindando nutrientes e inmunoglobulinas que protegen de infecciones y por si fuera poco refuerza el lazo materno durante la enfermedad. La promoción de la continuación de la lactancia materna debe ser enfatizada como parte del tratamiento nutricional durante la enfermedad, pero no como sustituto de las comidas.

El AAHH Oasis se encuentra ubicado cerca al mar, lo que genera un clima húmedo, estas condiciones ambientales incrementan las posibilidades de sufrir una infección respiratoria aguda; las madres señalaron a la humedad, exposición al frío, cambio de clima como los causantes de IRA más que a los alimentos. No hay evidencia científica que compruebe que los helados, "marcianos" (hielo con sabor a fruta) puedan causar IRA, ni la avena; sin embargo, los conservantes de los productos industrializados pueden causar alergias como efecto secundario⁽⁴⁷⁾, los síntomas pueden ser malinterpretados como infecciones respiratorias.

Las preparaciones más conocidas y preparadas entre las madres participantes fueron jarabes a base de ajo, kion y/o cebolla, existen otros estudios sobre creencias alimentarias que los nombran como alimentos curativos aunque de forma independiente ^(27,48). Estas preparaciones son brindadas durante la fase desarrollada de la infección, cuando hay presencia de tos, tos con flema, debido a las propiedades "expectorantes" que se les atribuyen. Del ajo se dice que tiene propiedades antibióticas y antivirales debido a la alicina, el cual se obtiene al aplastar el ajo crudo, sin embargo, se resalta su papel preventivo más que curativo⁽⁴⁹⁾. El kion es una raíz que contiene en su composición a los sesquiterpenos que tienen efectos contra la familia de los rinovirus, los agentes causantes más comunes del resfrío y a los gingeroles que alivian la fiebre y suprimen la tos⁽⁵⁰⁾.

Respecto a la cebolla no se han encontrado artículos científicos relacionados a sus propiedades respiratorias pese a que es mencionada como parte del tratamiento tradicional de los problemas respiratorios, por lo que, se incentiva a otros profesionales a realizar trabajos científicos con este alimento; sin evidencia que compruebe su efectividad, se puede decir que su efecto puede estar influido por la buena sugestión, es decir, se cree tanto en su efectividad, que las personas se curan.

Para las madres las infusiones de hierbas serían curativos de los problemas respiratorios, creencias similares se han encontrado en otros

estudios^(19,20,48,51). El aceite de eucalipto ha demostrado ser un estimulador de la respuesta inmune innata, al aumentar la actividad fagocítica y la producción de monocitos precursores de macrófagos en estudios in vitro y en pruebas en animales, respectivamente^(52,53). Puede que durante la IRA, la ingestión de infusiones de hierbas aumente, y por lo tanto, de líquidos, durante los problemas respiratorios se sugiere esta práctica debido a que baja la temperatura corporal del niño, favorable en la alza térmica⁽⁷⁾.

Durante la IRA, se debían evitar los alimentos "cítricos" y "frio/fresco". Las frutas cítricos como la mandarina, naranja y otras como el plátano, manzana son restringidas debido a que causarían una mayor inflamación de la garganta; no hay referencia científica que apoye la restricción de cualquier fruta durante los problemas respiratorios, ya que, por el contrario se ha encontrado que la profilaxis con vitamina C (contenida en mandarinas, naranjas) reduce la duración de la infección y alivia los síntomas del resfrío; sin embargo, su efecto terapéutico, es decir, su administración luego de presentado los primeros síntomas ha sido poco investigado, aunque no en niños⁽⁵⁴⁾. Por lo que, restringir el consumo de estos alimentos, principalmente los que son considerados "cítricos"(manzana, plátano), puede disminuir la ingesta de nutrientes durante el tiempo que dure la infección.

Contrario a lo encontrado en la EDA, durante la IRA se continuó brindando alimentos sólidos y de consistencia espesa; puede ser que las madres piensen que los problemas respiratorios no son tan graves como la diarrea o no guardan relación con el sistema digestivo; solo unas cuantas madres diluyeron sus preparaciones cuando creían que las comidas causaban dolor al momento de deglutir. Esta es una práctica favorable, que favorecería a la recuperación del enfermo, y mantendría el aporte de nutrientes durante una etapa en la cual se aumentan los requerimientos debido a la enfermedad y al crecimiento continuo. Sin embargo, se debe promover el aumento de las frecuencias de comidas durante la infección para asegurar mantener la cantidad de ingesta diaria, ya que según las madres los menores no terminaban el plato servido.

Así como las bebidas brindadas durante los problemas respiratorios debían estar calientes o tibias, las madres para no restringir las frutas durante la IRA, las brindaban en las mazamorras o cocidas; al aplicar un tratamiento térmico en las frutas y verduras, se pierden parte de sus componentes termolábiles

como algunas vitaminas (vitamina C, complejo B) ⁽⁵⁵⁾; es necesario explicar las consecuencias de esta práctica dentro de las intervenciones educativas.

La presencia de problemas respiratorios y diarrea al mismo tiempo, es poco frecuente; no se han encontrado estudios que aborden este tema; sin embargo, se dice que una infección respiratoria puede estar acompañada, en algunos casos, de diarrea⁽⁷⁾. Las creencias fueron una mezcla de las creencias de cada afección; no es que las madres tuvieran creencias específicas para la IRA y EDA al mismo tiempo. Se dice que la infusión de la pulpa del fruto de la granada tendría un efecto astringente ⁽³²⁾.

Por otro lado, se debe prestar suma atención a las prácticas durante ambas afecciones debido a que las madres aseguran que se produce pérdida de apetito, entonces la única fuente de nutrientes es la leche materna. Es necesario, fomentar la prevención de estas enfermedades en la zona.

Se debe resaltar que algunas de las creencias de alimentos prohibidos durante la IRA o EDA nacieron a partir de las recomendaciones del propio personal de salud; al tenerles confianza, las madres tratarán, en su mayoría, de poner en práctica estos consejos, por lo que se sugiere una actualización de la mejor terapia nutricional que se debe dar en estos casos para prevenir así la suspensión de alimentos vitales dentro de la etapa de formación del infante, así como para el restablecimiento de posibles pérdidas de nutrientes durante estas enfermedades e infecciones.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran la asistencia de las madres con sus hijos a las entrevistas, no se contó con autorización para destinar un espacio del centro médico para el cuidado de sus hijos durante la entrevista; y la falta de interés de las madres añosas y multíparas invitadas para participar de la sesión grupal (inasistencia).

En este trabajo de investigación se encontró que aún las creencias alimentarias permanecen muy arraigadas en las madres del asentamiento humano; éstas van a modificar las prácticas en torno a la alimentación, las que a su vez se relacionarán con la evolución de la enfermedad con consecuencias a corto o largo plazo.

VI. CONCLUSIONES

- ☞ Las creencias maternas sobre la enfermedad diarreica aguda (EDA) fueron: las menestras y los alimentos con alto contenido en grasa causarían EDA, durante la enfermedad, se debían evitar los lácteos por provocar "náuseas y vómitos", los alimentos "fríos" como las frutas por agravar la enfermedad, y los "pesados" como las frituras, menestras por dificultar la digestión. Por el contrario, para curar la EDA se debía brindar la panetela, líquido a base de arroz tostado, e infusiones de hierbas.
- ☞ Las prácticas maternas durante la EDA fueron: la consistencia de las preparaciones se diluyó, principalmente porque eran las comidas con mayor aceptación, y a fin de facilitar la digestión. La frecuencia de comidas y el apetito del menor, disminuyó, por el contrario, la lactancia materna aumentó en todos los casos.
- ☞ Las creencias maternas sobre la infección respiratoria aguda (IRA) fueron: los helados y marcianos causarían IRA; durante la infección, se debía evitar el cítrico de ciertas frutas porque afectarían a la garganta y algunas frutas y cereales "fríos/frescos" porque agravarían la infección. Por el contrario, para curar la IRA, se debían brindar jarabes en base a kion, ajo y/o cebolla y las infusiones de hierbas.
- ☞ Las prácticas maternas durante la IRA fueron: las preparaciones habituales siguieron brindándose por recomendación del personal de salud, debido a que no guardaba relación con el estómago, asimismo, la frecuencia de las comidas se mantuvo, mientras que el apetito disminuyó; sin embargo, la lactancia materna aumentó en respuesta de la disminución del consumo de comidas.
- ☞ Las creencias en torno a la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en simultáneo fueron la unión de creencias de ambas, se creía que las frutas cítricas perjudicarían al menor y se brindaba refresco de granada y jarabes de ajo, kion y cebolla para curar la IRA y EDA.
- ☞ Las prácticas maternas durante la IRA y EDA en simultáneo fueron: las preparaciones que se ofrecieron fueron de consistencia aguada; sin embargo, el apetito disminuyó considerablemente, el menor casi no recibía alimento salvo la leche materna.

VII. RECOMENDACIONES

A los profesionales de la salud:

Mantenerse en constante capacitación, en particular en temas de alimentación y nutrición básica; para absolver algunas dudas básicas que las madres tengan durante la consulta y derivar la asesoría nutricional a un profesional nutricionista, cuando exista la oportunidad.

Realizar mayores actividades de prevención de la infección respiratoria y la enfermedad diarreica; debido a que las prevalencias de ambas en los últimos 10 años no muestran disminución significativa.

Planificar y desarrollar intervenciones educativas sobre alimentación y nutrición, incluyendo a la alimentación durante la enfermedad entre los temas a tratar; sería recomendable que las madres participen en la elaboración de preparaciones para que así puedan captar mejor las combinaciones favorables de alimentos que se debe brindar en estas ocasiones.

A los investigadores:

Continuar investigando cualitativamente sobre estos temas, pues permiten comprender mejor a la población. Sería recomendable realizarla fuera de Lima, en los departamentos donde la prevalencia de estas enfermedades es aún mayor.

Optar por investigar las propiedades de los alimentos que se fomentan durante la enfermedad, así como los que se restringen; para poder discernir entre creencias erróneas y verdaderas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas - Nota descriptiva N° 330.2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas. Lima, Perú. 2014
3. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez - Nota descriptiva N°178. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
4. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Perú. 2015.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2005. Perú. 2005.
7. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: infección respiratoria aguda. Disponible en internet: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
8. Ministerio de Salud. Infección respiratoria aguda y neumonía, Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Lima. 2009
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la Niñez en el Perú. Lima. 2011.
10. EsSalud. Boletín Epidemiológico, Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs). Lima Bol. EPI N° 02 – 2012
11. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. Vol 2. España.1986.
12. Pereyra, H. Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú. Lima, Perú: OPS y MINSA. 2008
13. Gainza, G. La práctica Alimentaria y la Historia. Rev Elec Sem de estudios semióticos de la cultura, (N°.02). Costa Rica. 2002
14. Álvarez-Gayou, JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. 1era Ed. Editorial Paidós Educador. México. 2003
15. Benakappa A, Shivamurthy P. Beliefs Regarding Diet During Childhood Illness. Indian J Community Med. 2012 Jan-Mar; 37(1): 20–24.

16. Sultan N, Azam S, Noor R. Women's beliefs regarding food restrictions during common childhood illnesses: a hospital based study. J Ayub MedCollAbbottabad. 2007
17. Cabezas M.P. Intervención educativa sobre prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del Centro de Educación Inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. Noviembre 2010 abril 2011. Ecuador. 2011
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/ Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Estudio cualitativo de las representaciones sociales de las familias de comunidades de la provincia de Quispicanchi, Cusco, sobre el cuidado y valoración de los recién nacidos. Perú. 2010.
19. Gutierrez L. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, 2009. Lima, Perú. 2010.
20. Guillén Y. Mitos y creencias alimentarias de madres que asisten a la Asociación Taller de los Niños. Lima, Perú. 2012
21. Hernández R, Fernández C. Metodología de la investigación. 5ta ed. Editorial Mc Graw Hill. México. 2010
22. Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos?. Butlletí La Recerca. Universidad de Barcelona. 2006
23. Rodríguez S. y cols. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Rev Intl Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, vol. 15, núm. 2, España. 2005
24. Blas IZ. Creencias y costumbres de las madres sobre la alimentación en niños de 0 a 5 años en la comunidad Urbana Autogestionaria Villa El Salvador. Perú. 1981
25. Ibañez MD y cols. Reactividad cruzada de las legumbres. Allergol et Immunopathol. Vol. 31. Núm. 03. 2003
26. Zubeldía JM y cols. Libro de las enfermedades alérgicas. Fundación BBVA. España. 2012
27. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid. España. 2004
28. Díaz S. Arrieta K. Ramos K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. Rev Salud Publica 15 (4): 555-564, 2013

29. Ministerio De Salud. Prácticas de Cuidado y Alimentación Infantil en las Comarcas Indígenas de Kuna-Yala, Ngöbe-Buglé, Emberá-Wounaan y en los Distritos de Cañazas y Las Palmas (Provincia De Veraguas). Panamá. 2009
30. Ministerio de Salud. Cuidados de la alimentación del niño menor de 2 años enfermo y en recuperación. MÓDULO V. Panamá. 2012
31. Valerio MC. Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre – Lima. Perú, 2010
32. EsSalud/Organización Panamericana de la Salud. Manual de fitoterapia. Perú. 2001
33. Ministerio de Salud. Medicamentos Herbarios Tradicionales. Chile. 2010
34. López de Guimaraes D. Neyra R. Romero JH. Ascaridiasis: comparación de la eficacia terapéutica entre paico y albendazol en niños de Huaraz. Rev. gastroenterol. Perú. v.21 n.3 Lima. 2001
35. Primo V, Rovera M, Zanón S. y cols. Determinación de la actividad antibacteriana y antiviral del aceite esencial de *Minthostachys verticillata* (Griseb). Rev Argent Microbiol. 2001.
36. Carhuapoma M y cols. Actividad antibacteriana del aceite esencial de *minthostachys mollis* griseb "ruyaq muña". Ciencia e Investigación 2009; 12(2): 83-89. 2009
37. Sharangi AB. Medicinal and therapeutic potentialities of tea (*Camellia sinensis* L.) – A review. Food Research International 42: 529–535.2009
38. Romero MA. Davalos HN. Astudillo-Vázquez A. Actividad gastrointestinal del fruto de *Cydonia oblonga* miller. Rev. Latinoamer. Quím. 2009
39. Mahan L.D. Escott-Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause .13^{ava} Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2013
40. Organización Mundial de Gastroenterología. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. 2012
41. World Health Organisation. Dietary Management of Young Children with Acute Diarrhoea. A manual for managers of health programmes. 2ndEd. England. 1991
42. Bentley M.E., Brown K.H. Improved nutritional therapy of diarrhea: a guide for planners and decision makers involved in CDD programs. Technologies for Primary Health Care (PRITECH) Project. US. 1989

43. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, D.C. 2007
44. Bentley M.E y cols. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea, convalescence, and health in the central Sierra of Peru. Am J Public Health 1991
45. Bentley ME y cols. Acute childhood diarrhoea and maternal time allocation in the northern central Sierra of Peru. Health Policy Plan. 1995
46. Hoyle B. Yunus MD. Chen L. Breast-feeding and food intake among children with acute diarrheal disease. Am J Clin Nutr. 1980
47. León M.T. y cols. Estudio de los aditivos alimentarios y su repercusión en la población infantil. Medicina de Familia (And) Vol. 1, Nº 1, 2000
48. Romero C, Vaca M, Bernal DA. Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Vol 12, Nº4. 1999
49. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2012
50. Kalra. M, Khatak M, Khatak S. Cold and Flu: Conventional vs Botanical & Nutritional Therapy, Int. J. Drug Dev. & Res., 3(1). 2011
51. Sáenz de Tejada S. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Rev Panam Salud Pública. 1(4), 1997.
52. Sadlon AE, Lamson DW. Immune-modifying and antimicrobial effects of Eucalyptus oil and simple inhalation devices. Altern Med Rev. 15(1):33-47.2010
53. Serafino y cols. Stimulatory effect of Eucalyptus essential oil on innate cell-mediated immune response. BMC Immunology. 2008
54. Hemilä H; Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev, 2013
55. Vasquez C, De Cos AI, López – Nomdedeu C. Alimentación y nutrición. Manual Teórico-Práctico. 2da ed. Ediciones Díaz de Santos. España. 2005

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD SEMIESTRUCTURADA

A. DATOS GENERALES:

Nombre:
Edad:
Nivel de educación:
Número de hijos:
Lugar de Procedencia:
¿Brinda lactancia materna? Si () No ()

B. CONTENIDO:

MADRE DE HIJO (A) CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Salud en general, último episodio de EDA y sus causas

1. ¿Cómo es la salud de [nombre del niño]? ¿De qué se ha enfermado últimamente?
2. ¿Cuándo fue la última vez que estuvo con diarrea?
3. ¿A qué cree que se deba que los niños se enfermen de diarrea? ¿Por qué cree que se enfermó [nombre del niño]?
4. ¿Conoce algún alimento o preparación que cause diarrea en los niños? ¿Cómo así lo causa?

Alimentación durante la EDA

5. Y la última vez que [nombre del niño] estuvo con diarrea ¿Cómo lo alimentó?
 - 5.1 ¿Cuántas veces al día le dio de comer?
 - 5.2 ¿Qué es lo que evitó darle de comer? ¿Por qué?
 - 5.3 ¿Y cuando estuvo así malito, cómo le recibió [nombre del niño] la comida que le daba?
¿Qué es lo que hizo cuando no le quería recibir? (*interacción madre-hijo*)
6. (*si el niño toma leche materna*) ¿Continuó dándole su leche? *Si la respuesta es sí,*
¿Lactó igual cantidad?
7. ¿Podría decirme qué le dio de comer o beber para curarlo? ¿Cómo cree que estos alimentos logran curar?

Alimentación en la etapa de convalecencia y pasada la EDA

8. ¿Cómo se dio cuenta que [nombre del niño] ya se estaba recuperando?
9. Cuando ya estaba recuperándose, ¿cómo lo alimentó?

- 9.1 ¿Qué cambios notó respecto al apetito de [nombre del niño]?
- 9.2 *De acuerdo a la respuesta de la madre* ¿qué es lo que usted hizo cuando vio que ya le estaba recibiendo más comida/ no le sigue aceptando la comida?
10. ¿Cómo fue la alimentación de su hijo(a) cuando ya estaba sano?

Otras preguntas

11. ¿Qué otros cuidados – aparte de la alimentación - hay que tener con un niño o niña con diarrea?
12. Cuando [nombre del niño] tuvo diarrea, ¿Acudió a alguien para que le brinde consejos o apoyo? ¿Qué le aconsejaron?

MADRE HIJO (A) CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Salud en general, último episodio de IRA y sus causas

1. ¿Cómo es la salud de [nombre del niño]? ¿De qué se ha enfermado últimamente?
2. ¿Cuándo fue la última vez que estuvo con tos, resfrío, dificultad para respirar?
3. ¿A qué cree que se deba que los niños se enfermen de estos problemas respiratorios? ¿Por qué cree que se enfermó [nombre del niño]?
4. ¿Conoce algún alimento o preparación que cause tos, dificultad respiratoria o resfríos en los niños? ¿Cómo así lo causa?

Alimentación durante la IRA

5. Y la última vez que [nombre del niño] estuvo con estos problemas respiratorios ¿Cómo lo alimentó?
- 5.1 ¿Cuántas veces al día le dio de comer?
- 5.2 ¿Qué es lo que evitó darle de comer? ¿Por qué?
- 5.3 ¿Y cuando estuvo así malito, cómo le recibió [nombre del niño] la comida que le daba? ¿Qué es lo que hizo cuando no le quería recibir? (*interacción madre-hijo*)
6. (*si el niño toma leche materna*) ¿Continuó dándole su leche? *Si la respuesta es sí,* ¿Lactó igual cantidad?
7. ¿Podría decirme qué le dio de comer o beber para curarlo? ¿Cómo cree que estos alimentos logran curar?

Alimentación en la etapa de convalecencia y pasada la IRA

8. ¿Cómo se dio cuenta que [nombre del niño] ya se estaba recuperando?
9. Cuando ya estaba recuperándose, ¿cómo lo alimentó?
- 9.1 ¿Qué cambios notó respecto al apetito de [nombre del niño]?

- 9.2 *De acuerdo a la respuesta de la madre* ¿qué es lo que usted hizo cuando vio que ya le estaba recibiendo más comida/ no le sigue aceptando la comida?
10. ¿Cómo fue la alimentación de su hijo(a) cuando ya estaba sano?

Otras preguntas

11. ¿Qué otros cuidados – aparte de la alimentación - hay que tener con un niño o niña con estos problemas respiratorios?
12. Cuando [nombre del niño] tuvo estos problemas respiratorios, ¿Acudió a alguien para que le brinde consejos o apoyo? ¿Qué le aconsejaron?

**MADRE DE HIJO (A) CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

Salud en general, último episodio de IRA y EDA y sus causas

1. ¿Cómo es la salud de [nombre del niño]? ¿De qué se ha enfermado últimamente?
2. ¿Alguna vez [nombre del niño] ha tenido tos, dificultad para respirar y diarrea a la misma vez? ¿Cuándo fue la última vez?
3. ¿Por qué cree que se enfermó de los dos a la vez?
4. ¿Conoce algún alimento o preparación que pueda causar tos, dificultad respiratoria y diarrea a la misma vez en los niños? ¿Cómo así los causan?

Alimentación durante la IRA y EDA

5. Y la última vez que [nombre del niño] estuvo con ambos problemas ¿Cómo lo alimentó?
 - 5.1 ¿Cuántas veces al día le dio de comer cuando estaba malito?
 - 5.2 ¿Qué es lo que evitó darle de comer? ¿Por qué?
 - 5.3 ¿Y cuando estuvo así malito, cómo le recibió [nombre del niño] la comida que le dio? ¿Qué es lo que hizo cuando no le quiso recibir? (*interacción madre-hijo*)
6. (*si el niño toma leche materna*) ¿Continuó dándole su leche? *Si la respuesta es sí*, ¿Lactó igual cantidad?
7. ¿Podría decirme qué le dio de comer o beber para curarlo? ¿Cómo cree que estos alimentos logran curar?

Alimentación en la etapa de convalecencia

8. ¿Cómo se dio cuenta que [nombre del niño] ya se estaba recuperando?
9. Cuando ya estaba recuperándose, ¿cómo lo alimentó?
 - 9.1 ¿Qué cambios notó respecto al apetito de [nombre del niño]?
 - 9.2 (de acuerdo a la respuesta de la madre) ¿qué es lo que usted hizo cuando vio que ya le estaba recibiendo más comida/ no le seguía aceptando la comida?

Otras preguntas

10. ¿Qué otros cuidados – aparte de la alimentación - hay que tener con un niño o niña con tos, dificultad para respirar y diarrea a la misma vez?
11. Cuando [nombre del niño] estaba malito, ¿Acudió a alguien para que le brinde consejos o apoyo? ¿Qué le aconsejaron?

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA GRUPAL SEMIESTRUCTURADA

A. DATOS GENERALES:

	MADRE 1	MADRE 2	MADRE 3	MADRE 4
Nombre				
Edad				
Nivel de educación				
Nº hijos				
Lugar de Procedencia				

B. CONTENIDO:

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Último evento de EDA, causas

1. ¿Cuándo fue la última vez que sus hijos tuvieron diarrea?
2. ¿Por qué los niños se enferman de diarrea? ¿Por qué creen que se enfermaron sus hijos?
3. ¿Conocen algún alimento o preparación que cause diarrea en los niños? ¿Cómo así lo causan?

Alimentación durante la EDA

4. ¿Podrían decirme cómo fue la alimentación de sus hijos cuando tuvieron diarrea?
5. ¿Y cuando estuvieron así malitos sus hijos, les recibieron la comida? ¿Qué es lo que hicieron cuando no les quisieron recibir?
6. ¿Qué es lo que evitaron darle de comer? ¿Por qué?
7. ¿Qué le dieron de comer o beber para que se sanen? ¿Cómo así estos alimentos logran sanar?
8. ¿Qué otros cuidados – aparte de la alimentación - hay que tener con un niño o niña con diarrea?

Alimentación en la etapa de convalecencia

9. ¿Cómo se dieron cuenta que sus hijos ya se estaban recuperando?
10. Cuando ya estaban recuperándose, ¿cómo los alimentaron?
 - a. ¿Qué cambios notaron respecto al apetito de [nombre del niño]?

11. ¿Cómo alimentaron a sus hijos cuando se dieron cuenta que estaba completamente recuperado?

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Último evento de IRA, causas

1. ¿Cuándo fue la última vez que sus hijos tuvieron tos, dificultad para respirar?
2. ¿Por qué los niños se enferman de estos problemas respiratorios? ¿Por qué creen que se enfermaron sus hijos?
3. ¿Conocen algún alimento o preparación que cause tos, dificultad para respirar en los niños? ¿Cómo así lo causan?

Alimentación durante la IRA

4. ¿Podrían decirme cómo fue la alimentación de sus hijos cuando tuvieron estos problemas respiratorios?
5. ¿Y cuando estuvieron así malitos sus hijos, les recibieron la comida? ¿Qué es lo que hicieron cuando no les quisieron recibir?
6. ¿Qué es lo que evitaron darle de comer? ¿Por qué?
7. ¿Qué le dieron de comer o beber para que se sanen? ¿Cómo así estos alimentos logran sanar?
8. ¿Qué otros cuidados – aparte de la alimentación - hay que tener con un niño o niña con tos, dificultad para respirar?

Alimentación en la etapa de convalecencia

9. ¿Cómo se dieron cuenta que sus hijos ya se estaban recuperando?
10. Cuando ya estaban recuperándose, ¿cómo los alimentaron?
 - a. ¿Qué cambios notaron respecto al apetito de [nombre del niño]?
11. ¿Cómo alimentaron a sus hijos cuando se dieron cuenta que estaba completamente recuperado?

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora: Delcy Pariona Ortega

Propósito

Cuando un niño se enferma el organismo trabaja más de lo normal, necesitando de más nutrientes aportados por los alimentos para cubrir sus necesidades, cuando esto no sucede el niño puede debilitarse, perder peso e incluso enfermarse de otras causas. Algunas creencias y prácticas de las madres sobre los alimentos durante la enfermedad pueden perjudicar o favorecer su desarrollo.

Participación

Este estudio busca conocer sus creencias y prácticas sobre alimentación de su hijo mientras está enfermo, lo único que necesitaríamos sería que usted a través de una entrevista, que será grabada, nos responda unas preguntas formuladas respecto al tema mencionado.

Riesgos del estudio

Este estudio no representa ningún riesgo ni para usted ni para su hijo. Para su participación sólo es necesaria su autorización y su colaboración en la entrevista.

Beneficios del estudio

Con su colaboración, se conocerán cuáles son las creencias y prácticas sobre alimentación durante las enfermedades o infecciones, las que ayudarían en el futuro a realizar mejores intervenciones educativas, además, puede que ciertas creencias puedan ser objeto de más investigaciones y se pueda ampliar el conocimiento en el campo de la salud y nutrición.

Costo de la participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. En caso sus creencias sean citadas en el trabajo se le colocará un nombre falso en vez de su nombre por lo que su identidad será ocultada en todo momento.

Requisitos de participación

Su hijo menor de dos años debe haber sido atendido en el Centro de Salud debido a que tiene o tuvo una diarrea o problemas respiratorios. Si acepta participar le solicitamos que firme este documento como prueba de su consentimiento, lo cual indicará que usted participa en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede dejar de firmar con toda libertad, sin que esto represente alguna consecuencia negativa por hacerlo.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Delcy Pariona Ortega, al teléfono 539 -0426 en horario de oficina, donde con mucho gusto serán atendidos.

Declaración voluntaria

Habiendo sido informada del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado también, de la forma cómo se realizará el estudio y de cómo se obtendrá mi información. Estoy enterada que puedo dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o alguna represalia de parte del equipo, del colegio o de la Escuela Académica Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar voluntariamente en la investigación: **"Creencias y prácticas maternas sobre alimentación del menor de 2 años con Infección Respiratoria Aguda y/o Enfermedad Diarreica Aguda en un Centro Médico Parroquial, Villa el Salvador"**

Nombre del participante:

Firma _____ Fecha ____/____/ 2015

Dirección

Fecha de nacimiento de su hijo ____/ ____/ ____

ANEXO 4

ARCHIVO FOTOGRÁFICO



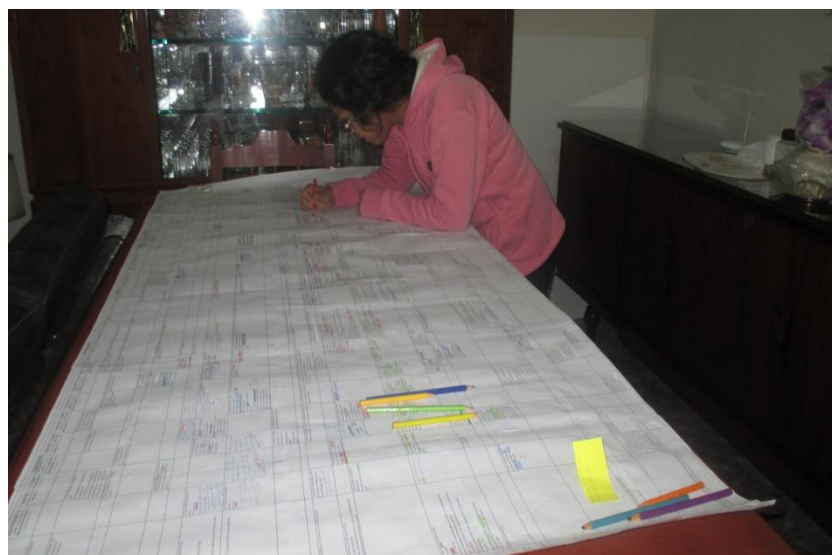
Fotografía 1: Vista externa del Centro Médico Parroquial San Martín de Porres. AAHH. Oasis. Villa El Salvador.



Fotografía 2: En plena realización de una entrevista a profundidad a una madre adulta participante en el Consultorio de Terapia Física del Centro Médico Parroquial San Martín de Porres.



Fotografía 3: Durante la realización de la entrevista grupal con madres multíparas cuya presencia de hijos fue inevitable.



Fotografía 4: Analizando las categorías de la sábana de Enfermedad Diarreica Aguda.